

ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਲੈਡ ਵਾਸਤੇ, ਆਪਣੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ (ਕੂਪਨ) ਕਿਵੇਂ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਨੀ ਹੈ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਮੇਰੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਹੈ, ਕੀ ਮੈਡਿਕਏਡ ਫਿਰ ਵੀ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ?

ਜ: ਹਾਂ। ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਮੈਡਿਕਏਡ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਦ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਹੋ, ਅਸੀਂ ਨਾਲ ਦੇ ਪੈਸੇ, ਡੀਡਕਟੇਬਲ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ, ਉਹ ਦੇਵੇਗਾ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਦੋਹਵੇਂ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਹੈ ਤਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਦੂਸਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਕੀ ਕਹਿਣਾ ਹੈ?

ਜ: ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਕੋਲ ਜਾਵੋ ਜੋ ਦੋਹਵੇਂ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਮੈਡਿਕਏਡ (ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ, ਕੂਪਨ) ਲੈਂਦੇ ਹੋਣਾ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕੋਲ ਜਾਵੋ ਤਾਂ ਦੋਹਵੇਂ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਦਿਖਾਵੇ। ਪ੍ਰਭੋ ਕਿ ਜੇਕਰ ਉਹ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਪੈਸੇ ਲਈ, ਡੀਡਕਟੇਬਲ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ, ਵਾਸਤੇ ਲੈ ਲੈਣਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਇਹ ਇਹ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਅਤੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਨਹੀਂ ਕਬੂਲ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਵਾਸਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਜ਼ਿਸੇਵਾਰ ਹੋ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮੇਰੇ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਨਹੀਂ ਲੈਂਦੇ?

ਜ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਲਭਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੈਡਿਕਏਡ ਅਤੇ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੋਹਵੇਂ ਲੈਣ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਕੇ ਵਿਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਥੇ ਹਨ ਦੇ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਜ: ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨੂੰ ਬਿਲ ਭੇਜੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਪਰ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਪੈਮੈਂਟ ਵਾਸਤੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਨੂੰ ਬਿਲ ਭੇਜਣਗੇ। ਇਸ ਗਲ ਦੀ ਤਸਲੀ ਲਈ ਕਿ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕੋਲ ਆਪਣਾ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਅਤੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਨੂੰ ਬਿਲ ਦੇਵੇ।

ਸ: ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੇ ਪਰੀਮੀਅਮ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਲੈਣ ਲਈ ਕੀ ਕਰਨ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜ: ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਕਿ ਕਦੋਂ ਦੇਣੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਉਹ ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੇਣਗੇ। ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲਣ ਤੇ ਅਸੀਂ ਦਸ ਸਕਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਸ: ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਅਤੇ ਡੀਡਕਟੇਬਲ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦੇਵੇ, ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਜ: ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ ਇਸ ਗਲ ਦੀ ਤਸਲੀ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਡੀ ਡਾਈਲ ਤੇ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਚਾਰ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦਾ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੋਡ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਦੇ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਦਸਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਬਿਲ ਦੇਣਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਨਾਲ ਦੇ ਪੈਸੇ ਅਤੇ ਡੀਡਕਟੇਬਲ ਦੇਣ ਦੇ ਜ਼ਿਸੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਸ: ਜੋ ਮੈਡਿਕਏਡ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕੀ ਫਰਕ ਮੈਨੂੰ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ?

ਜ: ਨਹੀਂ। ਜਦੋਂ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਦੂਸਰੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮੈਡਿਕਏਡ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਜੋ ਵੀ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਲੈ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਰਕ ਪੈਸੇ ਨਹੀਂ ਦੇਣੇ ਪੈਂਦੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿਲ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਸ: ਜਦ ਮੇਰੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਖਤਮ ਜਾਂ ਬਦਲ ਗਈ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜ: ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਈਲ ਵਿਚ ਨਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਾਵਾਂਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਡਿਕਏਡ ਰਾਂਹੀਂ ਮੈਡੀਕਲ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਰਹੇਗੀ ਜਦ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਕਾਬਲ ਹੋ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ (LTC) (ਐਲ ਟੀ ਸੀ) ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਮੈਡਿਕਏਡ ਫੇਰ ਵੀ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ?

ਜ: ਹਾਂ। ਮੈਡਿਕਏਡ ਤੁਹਾਡੇ LTC ਐਲ ਟੀ ਸੀ ਦੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿਚ ਹੋ, ਕਿਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਘ ਹੋਮ ਵਿਚ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ LTC ਐਲ ਟੀ ਸੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਪੈਸੇ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਤਾਂ। ਜੇ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਪੈਸੇ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਪੈਸੇ ਦਾ ਚੈਕ ਡੀਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਸੋਸਲ ਐਂਡ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਜ਼ (DSHS) (ਡੀ ਐਸ ਐਚ ਐਸ) ਨੂੰ ਭੇਜਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਸ: ਮੈਨੂੰ LTC ਐਲ ਟੀ ਸੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਰਖਣ ਦੀ ਕੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਦ ਮੈਂ ਮੈਡਿਕਏਡ ਲੈਣ ਦੇ ਕਾਬਿਲ ਹਾਂ?

ਜ: ਇਸ ਦੀ ਕੋਈ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਮੈਡਿਕਏਡ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਰਹੋਗੇ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਜਾਂ ਪੈਸੇ ਦੇ ਹੋਰ ਸਾਧਨ ਬਣ ਜਾਣ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੀ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੈਸੇ ਘਟ ਜਾਣ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ LTC ਐਲ ਟੀ ਸੀ ਦੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੈਂਸਲ ਕਰਵਾ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਵਾਪਿਸ ਨਾ ਲੈ ਸਕੇ। LTC ਐਲ ਟੀ ਸੀ ਦੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਇਦਾਦ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿਮੇਵਾਰੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਦ।

ਸ: ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਹੋਰ ਸਵਾਲ ਹੋਏ?

ਜ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਵੀ ਪਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹੈ ਤਾਂ ਪਲੈਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣਾ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਟੋਲ ਫਰੀ 1-800-562-6136 ਮਦਦ ਦੀ ਤਰੱਤੀਬ
ਸੋਮਵਾਰ-ਸੁਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਤੱਕ



MEDICAL COVERAGE INFORMATION

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਦਫਤਰ CLID (ਸੀ ਐਸ ਓ/ਐਚ ਸੀ ਐਸ)	CLID ਸੀ ਐਸ ਓ/ਐਚ ਸੀ ਐਸ ਦਾ ਟੈਲੀਫਨ ਨੰਬਰ	ਸਹਿਯੋਗ <input type="checkbox"/> 1. DCS ਭੀ ਸੀ ਐਸ ਦਾ ਰੈਫਰਲ: <input checked="" type="checkbox"/> ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਏ. ਲੇਂਚ? ਬੀ. ਬਣਾਉਣਾ? <input type="checkbox"/> 2. DCS/TPL ਭੀ ਸੀ ਐਸ/ਟੀ ਪੀ ਐਲ ਦਾ ਸਹੀ ਕਾਰਨ <input checked="" type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕਲਾਂਇਟ ਦਾ ਨਾਮ	ਕਲਾਂਇਟ ਦਾ ਟੈਲੀਫਨ ਨੰਬਰ	
CLID ਕਲਿਡ	ਤਾਰੀਖ	

I. ਹਿਦਾਇਤਾਂ: ਜ਼ੁਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਮਕਸਦ ਹੈ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨਾ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸੋਰੇਂਸ/ਜਾਂ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸੋਰੇਂਸ/ਜਾਂ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਅਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡਿਕਟੇਡ ਰਾਂਹੀਂ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡਿਕਟੇਡ ਰਾਂਹੀਂ ਕਵਰਡ ਹੋ ਅਤੇ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੇਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਭਰ ਲਿਆ ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਿਕ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸਿਜ (CSO/HCS) (ਸੀ ਐਸ ਓ/ਐਚ ਸੀ ਐਸ) ਨੂੰ ਦੇਵੇਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਗਹ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹੋਰ ਵਰਕਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰੋ। ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਪੇਸ਼ੇਟ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ ਹੋ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕਿ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਿਵੇਂ ਭਰਨਾ ਹੈ ਤਾਂ 1-800-562-6136 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਏ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਹੈ?	ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਸ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਹ	ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਦਾ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਉਸ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਹੈ	ਮੈਡਿਕੇਅਰ ਦਾ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ

ਬੀ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਜਾ ਦੰਦਾ ਦੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਜਾ ਦੰਦਾ ਦੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਪਿਛੇ 12 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਇਸ ਵਿਚ ਸਾਮਲ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਵੀ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦਿਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਰਾਈਵੇਟ ਇਨਸੋਰੇਂਸ, ਸਕੂਲ ਇਨਸੋਰੇਂਸ, ਮੈਡਿਕੇਅਰ, ਗਰੁਪ ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ ਵਗੈਰਾ। ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੋਣਾਂ ਲਿਖਿਆ ਪੂਰਾ ਭਰੋ:

ਹੈਲਥ ਜਾਂ ਦੰਦਾ ਦੀ ਪੋਲਿਸੀ ਨੰਬਰ 1	ਹੈਲਥ ਜਾਂ ਦੰਦਾ ਦੀ ਪੋਲਿਸੀ ਨੰਬਰ 2				
ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ				
ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਐਡਰੈਸ	ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਐਡਰੈਸ				
ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਟੈਲੀਫਨ ਨੰਬਰ	ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਟੈਲੀਫਨ ਨੰਬਰ				
ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ	ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ				
ਪੋਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਗਰੁਪ ਨੰਬਰ				
ਕੰਮ ਦੇ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ/ਗਰੁੱਪ ਨੰਬਰ	ਕੰਮ ਦੇ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ/ਗਰੁੱਪ ਨੰਬਰ				
ਜੂਨੀਅਨ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਲੋਕਲ ਨੰਬਰ	ਜੂਨੀਅਨ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਲੋਕਲ ਨੰਬਰ				
ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ				
ਪੋਲਿਸੀ ਵਿਚ ਕੌਣ ਕੌਣ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਦੋ ਨਾਮ ਦੀ ਸੂਚੀ।	ਇਸ ਪੋਲਿਸੀ ਵਿਚ ਕੌਣ ਕੌਣ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਦੋ ਨਾਮ ਦੀ ਸੂਚੀ।				
ਨਾਮ	ਸੋਸਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	ਨਾਮ	ਸੋਸਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ
ਤੁਹਾਡੀ ਪੋਲਿਸੀ ਜੋ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਲਿਖੋ:	ਤੁਹਾਡੀ ਪੋਲਿਸੀ ਜੋ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਲਿਖੋ:				
<input type="checkbox"/> ਦਾਖਲ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਦੇਖ ਭਾਲ	<input type="checkbox"/> ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ				
<input type="checkbox"/> ਦਿਨ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਦੇਖ ਭਾਲ	<input type="checkbox"/> ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ				
<input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਲਿਖੀ ਦਵਾਈ/ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ	<input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਲਿਖੀ ਦਵਾਈ/ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ				
<input type="checkbox"/> ਅੱਖਾਂ ਦੀਆਂ ਐਨੋਕਾਂ/ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ	<input type="checkbox"/> ਅੱਖਾਂ ਦੀਆਂ ਐਨੋਕਾਂ/ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ				
<input type="checkbox"/> ਦੂਸਰੇ (ਐਂਬੂਲੇਸ, ਬੋਰਿਪੀ, ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਵਗੈਰਾ)	<input type="checkbox"/> ਦੂਸਰੇ (ਐਂਬੂਲੇਸ, ਬੋਰਿਪੀ, ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਵਗੈਰਾ)				
ਸੀ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਲੀਕੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੋਣਾਂ ਲਿਖਿਆ ਪੂਰਾ ਭਰੋ:	ਸੀ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਲੀਕੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਦੀ ਕਵਰੇਜ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਘਰ ਵਿਚ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੀ ਮਦਦ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ				
ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਇਨਸੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਐਡਰੈਸ				

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਗਰੂਪ ਨੰਬਰ	CSO/HCS ਪੋਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	CLID ਪੋਲਿਸੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਪੋਲਿਸੀ ਮਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ				
ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਫ਼ਾ 2		ਸੀ ਐਸ ਓ/ਐਚ ਸੀ ਐਸ		ਕਲਿੱਡ				
ਭੀ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਜਾਂ ਅਣਜੰਮਿਆ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਲਈ ਮਾਂ ਬਾਪ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਿਮੇਵਾਰ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਕਿ ਮਾਂ ਬਾਪ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਜਿਮੇਵਾਰੀ ਦੀ ਹੈ, ਲਿਖੋ।								
ਨਾਮ, ਐਡਰੈਸ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ	ਬੱਚਾ/ਬੱਚੇ	ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕੋਰਟ ਆਰਡਰ				
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ				
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ				
ਈ. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮਿਲਟਰੀ ਦੀ ਮਦਦ ਹੈ? TRICARE ਟਰਾਈਕਿਅਰ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ CHAMPVA ਚੈਂਪਵਾ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਵੈਟਰਨ ਦੀ ਮਦਦ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ								
ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਸਪੋਸਰ ਦਾ ਨਾਮ	ਸਪੋਸਰ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ		ਵੈਟਰਨ ਦਾ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ					
ਐਫ. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਦਾ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ:								
1. ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	2. ਲਿਖੋ ਕਿ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਕਿਥੋਂ ਹੋਇਆ ਸੀ <input type="checkbox"/> ਸਟੋਰ/ਬਿਜ਼ਨੈਸ <input type="checkbox"/> ਦੂਸਰੇ ਬਿਦੇ/ਘਰ/ਪ੍ਰਾਪਟਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੂਸਰੇ <input type="checkbox"/> ਗੱਡੀ <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦੀ ਜਗਹ</td> <td><input type="checkbox"/> ਘਰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦੀ ਜਗਹ	<input type="checkbox"/> ਘਰ	<input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ	
<input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦੀ ਜਗਹ	<input type="checkbox"/> ਘਰ							
<input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ								
ਏ. ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਦਾ ਐਡਰੈਸ (ਸਟੀਟ, ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਸਟੇਟ) _____ ਬੀ. ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਵੇ ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ <input type="checkbox"/> ਡਰਾਈਵਰ <input type="checkbox"/> ਸਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਪੈਦਲ ਚਲਣ ਵਾਲਾ <input type="checkbox"/> ਮਹਿਮਾਨ <input type="checkbox"/> ਗਾਹਕ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ <input type="checkbox"/> ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸੀ. ਕੀ ਦੂਸਰੀਆਂ ਗੱਡੀਆਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਸਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਦੂਸਰੇ ਡਰਾਈਵਰਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਐਡਰੈਸ:								
3. ਜੋ ਬੰਦੇ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਵਿਚ ਜਖਮੀ ਹੋਏ ਹਨ ਦਾ ਨਾਮ:	4. ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਕਿਵੇਂ ਹੋਇਆ?							
ਨਾਮ	ਸੱਟ ਦੀ ਕਿਸਮ							
5. ਕੀ ਇਨਸ਼ੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜਿਸਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੇਂਸ ਹੈ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ: _____ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਐਡਰੈਸ								
ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ	ਪੋਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਐਡਜਸਟਰ ਦਾ ਨਾਮ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ					
6. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਲੇਮ ਕੀਤਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ:								
ਲੇਬਰ ਐਂਡ ਇੰਡਸਟਰੀ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ	ਆਪਣੀ ਇਨਸ਼ੋਰੇਂਸ ਦਾ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ	ਇਸ ਦਾ ਸਿਕਾਰ ਹੋਏ ਬੰਦੇ ਦਾ ਕਲੇਮ ਨੰਬਰ	ਦੂਸਰੇ					
7. ਕੀ ਵਕੀਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਨਾਮ, ਐਡਰੈਸ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ(
ਕਲੇਮ ਜੋ ਬਕਾਇਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕਲੇਮ ਤਹਿਤ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਤਹਿਤ ਹੋਇਆ:						
8. ਇਸ ਸੱਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਰਥਿਕ/ਮੈਡੀਕਲ ਮਦਦ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? ਲਿਖੋ।								
ਮੈਂ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਕਿ ਮੇਰੀ ਇਨਸ਼ੋਰੇਂਸ ਪੋਲਿਸੀ ਦੇ ਪਰੀਮੀਅਮ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ ਉਹਿ ਅਗੋਂ ਦਿਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿਸ ਦਾ ਮੈਂ ਬੈਨੀਫੀਸ਼ਰੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਮੇਰੀ ਇਨਸ਼ੋਰੇਂਸ ਹੈ, ਉਸ ਬਾਰੇ ਡੀਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਸੋਸ਼ਲ ਐਂਡ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਿਜ ਨੂੰ ਦਸਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਮੇਰੀ ਹੈਲਥ. ਮੈਡੀਕਲ ਦੀ ਮਦਦ ਨੂੰ ਮੈਨੇਜ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ। (WAC 388-505-0540) (ਵੈਕ 388-505-0540)								
ਸਾਈਨ	ਤਾਰੀਖ							